

ਘੱਟ-ਖਰਚਾ ਜਾਂ ਮੁਫਤ

ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ

ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਲਈ



1-877-KIDS-NOW

ਟੌਲ-ਫਰੀ (1-877-543-7669)

ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਤਿਆਰ ਆਪਰੇਟਰ - ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਤਕ, ਜਾਂ, ਅੱਜ ਹੀ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ!

ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਡੀ ਵੈਬਸਾਈਟ ਤੇ ਵੀ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ: <http://healthykidsnow.net/>

The Washington State Department of Social and Health Services DSHS 22-394(x) PJ (Rev. 4/04)



19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਹਜ਼ਾਰਾਂ ਬੱਚੇ ਇਸਦੇ ਯੋਗ ਹਨ।

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਢਾਲਣਹਾਰ ਹਨ ਅਤੇ ਕਈ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਕੁਟੰਬਾਂ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਲਾਭ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

- ਇਕੱਲੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਨਾਲ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਬੱਚੇ
- ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਮਾਪਿਆਂ ਦੇ ਬੱਚੇ
- ਦਾਦਾ/ਦਾਦੀ/ਨਾਨਾ/ਨਾਨੀ, ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਜਾਂ ਮਿੱਤਰਾਂ ਨਾਲ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਬੱਚੇ
- ਦੋ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਵਾਲੇ ਬੱਚੇ
- ਆਪਣੇ ਸਿਰ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਨੌਜਵਾਨ ਬਾਲਗ (19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ)

ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਹੀ ਮੈਡੀਕਲ ਤਕਲੀਫ ਹੈ ਉਹ ਵੀ ਇਹਨਾਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਦੇ ਯੋਗ ਹਨ।

ਇਸ ਬੀਮੇ ਅੰਦਰ ਕਿਹੜੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ?

ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਵਿਚ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਇਕ ਪੂਰੀ ਲੜੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤਮੰਦ ਰਹਿਣ ਲਈ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਇਹਨਾਂ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਵੇਗਾ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਕਿ ਸੇਵਾਵਾਂ ਕਿਵੇਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ। ਇਹਨਾਂ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕੁਝ ਸੇਵਾਵਾਂ ਇਹ ਹਨ:

- ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ ਨਰਸ ਦਾ ਆਉਣਾ
- ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇਖਭਾਲ
- ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ
- ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਨੁਸ਼ਖੇ
- ਮੁਆਇਨੇ ਅਤੇ ਟੀਕੇ
- ਐਨਕ ਅਤੇ ਕੰਨਾਂ ਦੇ ਜੰਤਰ
- ਫਿਜ਼ਿਕਲ ਅਤੇ ਸਪੀਚ ਥੈਰਪੀ
- ਪਰਿਵਾਰ ਨਿਯੋਜਨ
- ਆੱਫਿਸ ਆਉਣ ਲਈ ਆਵਾਜਾਈ ਦਾ ਖਰਚਾ
- ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਲਾਹ ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਕੁਝ ਹੋਰ!

ਮੈਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਪਤਾ ਚਲੇ ਕਿ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਇਹਨਾਂ ਦੇ ਯੋਗ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ?

ਪਰਿਕਿਰਿਆ ਬਹੁਤ ਆਸਾਨ ਹੈ ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਪਰਿਵਾਰ ਇਸ ਦੇ ਯੋਗ ਪਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਆਮਦਨੀ, ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਈਜ਼ (ਗਰਭ ਨੂੰ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਗਿਣਨਾ ਨਾ ਭੁੱਲੋ), ਅਤੇ ਕੁਝ ਮਾਸਕ ਖਰਚਿਆਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਪਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਇਹਨਾਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਦੇ ਯੋਗ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੇ ਆਸਾਨ ਕਦਮ ਚੁੱਕ ਕੇ ਵੇਖੋ। ਫੇਰ ਆਪਣੀ ਮਾਸਕ ਆਮਦਨੀ ਨੂੰ ਚਾਰਟ ਦੇ ਨਾਲ ਮਿਲਾ ਕੇ ਵੇਖੋ।

ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ

ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਮਾਸਕ ਆਮਦਨੀ ਲਿੱਖੋ (ਟੈਕਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ)

- ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਕੋਈ ਕੰਮ-ਸੰਬੰਧਤ ਬੱਚੇ ਜਾਂ ਵੱਡੇ ਦੀ ਕੋਅਰ ਦਾ ਮਾਸਕ ਖਰਚਾ ਹੈ ਤਾਂ ਉਹ ਘਟਾਉ।
- ਜੇ ਘਰੋਂ ਬਾਹਰ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਹੁਕਮ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਮਾਸਕ ਖਰਚਾ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਹ ਘਟਾਉ।
- ਕੁਟੰਬ ਦੇ ਹਰ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਬਾਲਗ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਲਈ \$90 ਘਟਾਉ।

ਦੂਜਾ ਕਦਮ

ਮੁਕਾਬਲਾ ਕਰੋ ਅਤੇ ਵੇਖੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸੁਵਿਧਾ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਮਾਸਕ ਆਮਦਨੀ ਚਾਰਟ ਵਿਚ ਦਿੱਤੀ ਰਕਮ ਦੇ ਨੇੜੇ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਘੱਟ-ਖਰਚ ਜਾਂ ਮੁਫਤ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ!

ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਕਈ ਲੋਕ ਇਸ ਬੀਮੇ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ ਚਾਰਟ ਵਿਚ ਦਿੱਤੀ ਰਕਮ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਹੈ ਤਾਂ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ **1-877-KIDS-NOW** ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ (ਇਸ ਵਿਚ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਅਤੇ ਬੱਚੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ)	ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਲਗਪਗ ਆਮਦਨੀ (ਪਹਿਲੇ ਕਦਮ ਵਿੱਚੋਂ ਘਟਾਉਣ ਦੇ ਬਾਅਦ)
1	\$1,940 ਤਕ
2	\$2,603 ਤਕ
3	\$3,265 ਤਕ
4	\$3,928 ਤਕ
5	\$4,590 ਤਕ
ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ	ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹਰ ਵਾਧੂ ਮੈਂਬਰ ਲਈ \$663 ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ

ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਪੱਧਰ 31 ਮਾਰਚ 2005 ਤਕ ਲਾਗੂ ਹਨ। ਇਹ ਚਾਰਟ ਸਿਰਫ 19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਹੈ। ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਅਤੇ ਗਰਭਵਤੀ ਇਸਤਰੀਆਂ ਲਈ ਵੱਖਰੀ ਯੋਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਦੂਜੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਟੈਲ ਫਰੀ ਨੰਬਰ **1-877-KIDS-NOW** ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣਾ ਆਸਾਨ ਹੈ!

1. ਇਸ ਪੈਂਫਲੈਟ ਨਾਲ ਲਗੇ ਹੋਏ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰੋ।
2. ਅਰਜ਼ੀ ਵਾਲੇ ਪੰਨੇ ਨੂੰ ਫਾੜ ਲਉ।
3. ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲੋਂ ਲਿਫਾਫਾ ਵੱਖਰਾ ਕਰੋ।
4. ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਲਗਾਉ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ:
 - ਪਿਛਲੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੀਆਂ ਤਨਖਾਹ ਦੀਆਂ ਸਟੱਬਾਂ
 - ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਵਰਕਸ਼ੀਟ; ਜਾਂ
 - ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਦੀ ਥਾਂ ਤੇ ਮਾਲਕ ਕੋਲੋਂ ਚਿੱਠੀ ਜਿਸ ਵਿਚ ਤੁਹਾਡੀ ਕੁਲ ਮਾਸਕ ਆਮਦਨੀ ਦੱਸੀ ਹੋਵੇ।
5. ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਲਿਫਾਫੇ ਵਿਚ ਪਾਉ।
6. ਲਿਫਾਫੇ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਡਾਕ ਦੇ ਡੱਬੇ ਵਿਚ ਪਾ ਦਿਉ। ਟਿਕਟ ਲਗਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।

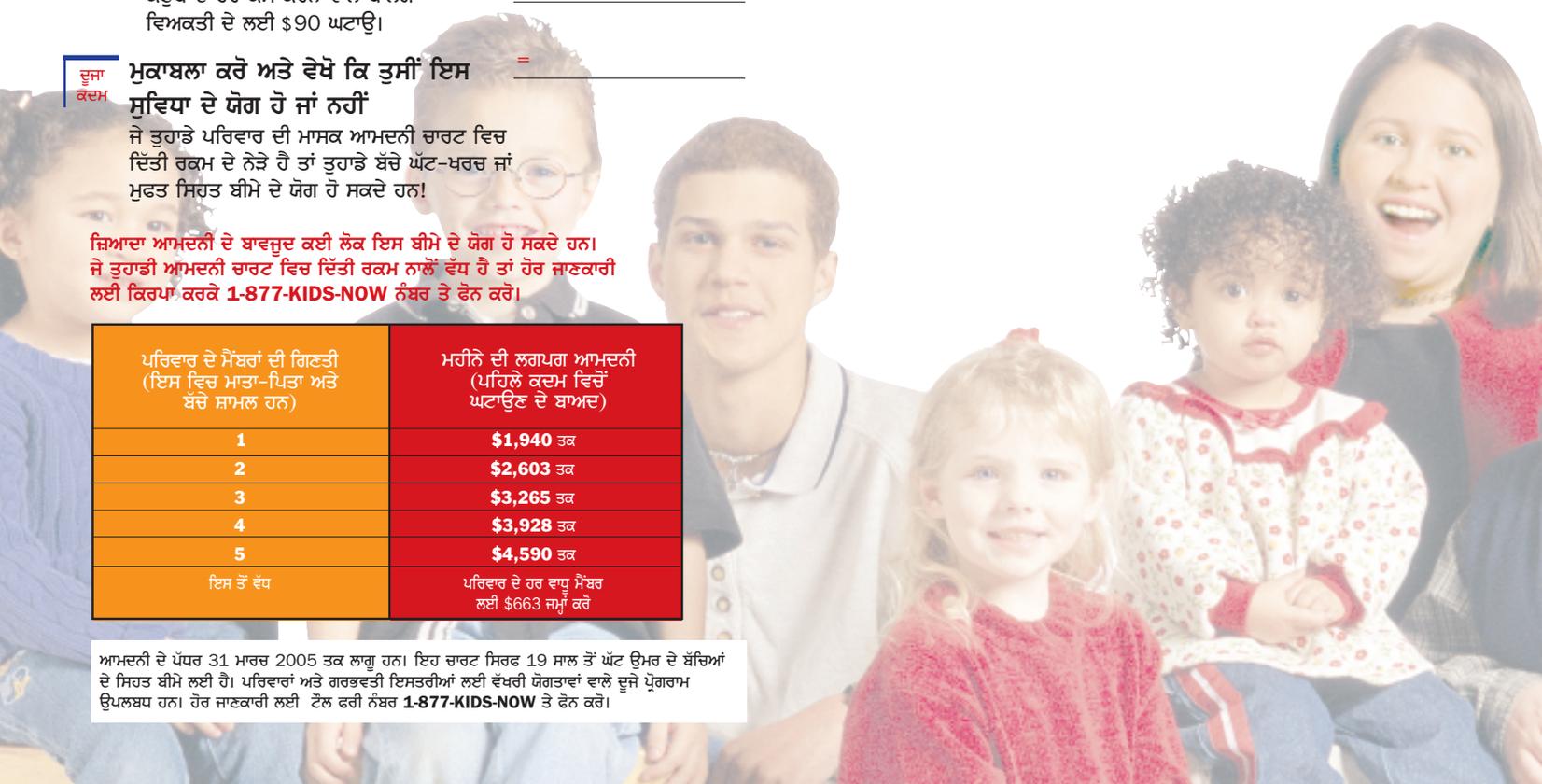
ਮੇਰੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਿੰਨੀ ਛੇਤੀ ਮਿਲੇਗਾ?

- ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਪਹਿਲਾਂ ਮੁਫਤ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
- ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਉਸ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਪਹਿਲੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇਗਾ ਜਿਸ ਵਿਚ ਅਰਜ਼ੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ!
- ਤੁਹਾਨੂੰ 6 ਹਫਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਚਿੱਠੀ ਮਿਲ ਜਾਵੇਗੀ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਬੀਮੇ ਦੇ ਯੋਗ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।
- ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਉਹ ਫੌਰਨ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਲਾਭ ਚੁਕ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- ਜ਼ਿਆਦਾ ਛੇਤੀ ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵੇਖ ਲਉ ਕਿ ਫਾਰਮ ਪੂਰਾ ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ।
- ਹਰ ਛੇ ਮਹੀਨੇ ਬਾਅਦ ਬੀਮੇ ਦੇ ਨਵੀਨੀਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਇੱਕ ਫਾਰਮ ਭੇਜਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਵਧੀਆ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ

ਮੈਡੀਕੇਡ ਅਤੇ CHIP

- ਘੱਟ-ਖਰਚਾ ਜਾਂ ਮੁਫਤ ਬੀਮਾ।
- ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਪਹਿਲਾਂ ਮੁਫਤ ਬੀਮੇ ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
- ਬੀਮੇ ਦੀ ਕਿਸ਼ਤ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਭੇਜੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਚਾਰ ਜਾਂ ਵੱਧ ਬੱਚੇ ਹਨ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਿਰਫ ਤਿੰਨ ਲਈ ਕਿਸ਼ਤ ਅਦਾ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ।
- ਕੁਝ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿਲ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਨਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇ, ਵੀ ਕਵਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।





ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ



ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਸਿਰਫ ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ 19 ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬੀਮੇ ਲਈ ਹੈ। ਬੱਚੇ ਦੀ ਤਰਫੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਬੱਚੇ ਆਪਣੀ ਤਰਫੋਂ ਵੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਬਾਅਦ ਦੀ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਭੇਜਾਂਗੇ ਜਿਸ ਦਾ ਨਾਂ ਬਕਸੇ ਨੰਬਰ 1 ਵਿਚ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮਨ ਵਿਚ ਕੁਝ ਸਵਾਲ ਹਨ ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਣ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲੈਣਾ ਚਾਹੋ ਤਾਂ 1-877-543-7669 ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰ ਦਿਉ। ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਕੇ ਖੁਸ਼ੀ ਹੋਵੇਗੀ!

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਾਲੀ ਜਾਂ ਨੀਲੀ ਸਿਆਹੀ ਨਾਲ ਵੱਡੇ ਅਖਰਾਂ ਨਾਲ ਲਿਖੋ। ਪੈਂਸਿਲ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾ ਕਰੋ। (ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ, ਗਾਰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਸੰਪਰਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਲਿਖੋ ਜਿਸ ਨੂੰ ਬਾਅਦ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭੇਜੀ ਜਾਵੇ)

1 ਨਾਂ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਭਾਗ	ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਭਾਗ ਦੇ ਮੁੱਢਲੇ ਅੱਖਰ	ਉਪ-ਨਾਂ		
2 ਤੁਹਾਡਾ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ	ਗਲੀ/ਮਾਰਗ	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
3 ਡਾਕ ਦਾ ਪਤਾ (ਜੇ ਵੱਖਰਾ ਹੈ)	ਗਲੀ/ਮਾਰਗ	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
4 ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ	5 ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਬੋਲਣ, ਪੜ੍ਹਨ ਜਾਂ ਲਿਖਣ ਵਿਚ ਕਨਨਾਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ? ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਰੂਪ ਦੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜ ਹੈ? _____			ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
ਘਰ ਦਾ ()	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? (ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਾਂਗੇ) ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ? _____			ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
ਕੰਮ ਦੀ ਥਾਂ ਦਾ ()	6 ਕੀ 19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਮੈਡੀਕਲ ਹਾਲਤ ਅਜੇਹੀ ਹੈ ਕਿ ਉਸਨੂੰ ਫੋਰਨ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ? ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿਚ ਕੋਈ ਗਰਭਵਤੀ ਇਸਤਰੀ ਹੈ? ਜੇ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਕੌਣ? _____			ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
ਸੁਨੇਹੇ ਲਈ ()				

ਆਮ ਜਾਣਕਾਰੀ

7 ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਇਕੱਠੇ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਲਿਖੋ
(ਜੇ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਵੱਖਰੇ ਕਾਗਜ਼ ਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਬਾਕੀ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਲਿਖ ਕੇ ਕਾਗਜ਼ ਨਾਲ ਲਗਾ ਦਿਉ)

ਨਾਂ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ, ਅੰਤਮ ਭਾਗ)	ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ	ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)	ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਨੰਬਰ * = ਲਾਜ਼ਮੀ ਨਹੀਂ ਹੈ	ਲਿੰਗ ਪੁਰਸ਼ ਜਾਂ ਇਸਤਰੀ	ਯੂ.ਐਸ. ਦੇ ਨਾਗਰਿਕ ਹਾਂ ਨਹੀਂ	ਜੇ ਬੱਚਾ ਯੂ.ਐਸ. ਦਾ ਨਾਗਰਿਕ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਅੱਗੇ ਭਰੋ ਕੀ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਉਸਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿਖਾਉਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ? ਕੀ ਬੱਚੇ ਦੀ ਯੂ.ਐਸ. ਆਊਟ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਲਿਖੀ। ਕੀ ਬੱਚੇ ਦਾ ਕੋਈ ਸਪੋਂਸਰ (ਚਾਮਨ) ਸੀ?
A. ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ, ਗਾਰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਖੁਦ			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਨਹੀਂ
B. ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਜਾਂ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਵਿਚੋਂ ਦੂਜਾ (ਜੇ ਘਰ ਵਿਚ ਰਹਿੰਦਾ/ਰਹਿੰਦੀ ਹੋਵੇ)			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਨਹੀਂ
C. 19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਲਿਖੋ (ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਭ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. ਘਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਵੱਡਿਆਂ ਅਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਨਾਂ ਲਿਖੋ (ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਭ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ)			*			ਨੋਟ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸਥਿਤੀ (ਸਟੇਟਸ) ਵਿਖਾਉਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨਾਲ ਲਗਾਉ।
			*			

8 ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੁਟੰਬ ਵਿਚ 19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦਾ ਕੋਈ ਬੱਚਾ ਅਸਮਰੱਥਾ ਤੋਂ ਪੀੜਤ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
ਜੇ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਕੌਣ? _____

ਖਰਚ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਯੋਗ ਪਾਏ ਜਾਣ ਵਿਚ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ।

9 ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੁਸੀਂ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਤੇ ਖਰਚਾ ਕਰਦੇ ਹੋ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਕਿੰਨਾ? \$ _____
ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮੇਂ ਕਿਸੇ ਅਸਮਰੱਥਾ ਤੋਂ ਪੀੜਤ ਬਾਲਗ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਤੇ ਤੁਸੀਂ ਖਰਚਾ ਕਰਦੇ ਹੋ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਕਿੰਨਾ? \$ _____

10 ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿਚ ਨਾ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਹੁਕਮ ਤੇ ਗੁਜ਼ਾਰੇ ਲਈ ਖਰਚਾ ਦੇਂਦੇ ਹੋ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਕਿੰਨਾ? \$ _____

ਆਮਦਨੀ

ਆਪਣੀ ਕੁਲ ਤਨਖਾਹ ਲਿਖੋ (ਟੈਕਸ ਜਾਂ ਖਰਚੇ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ).

(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪਿਛਲੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਨਾਲ ਲਗਾਉ)

11	ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਨੂੰ ਨੌਕਰੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ()	ਕਟੌਤ ਦੀ ਹੋਰ ਆਮਦਨੀ	ਪਿਛਲੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਮਿਲੀ ਰਕਮ	ਇਹ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਆਮਦਨ ਹੈ?
12	ਪਿਛਲੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲੀ ਰਕਮ, ਟੈਕਸ ਅਤੇ ਖਰਚੇ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ: \$ _____ ਇਸ ਆਮਦਨੀ ਵਿਚੋਂ ਕਿੰਨਾ ਪੈਸਾ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਰਾਹੀਂ ਹੈ? * \$ _____	15	ਚਾਇਲਡ ਸੇਵਿੰਗ	\$
13	ਪਤੀ/ਪਤਨੀ (ਜਾਂ ਘਰ ਵਿਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਦੂਜੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ) ਨੂੰ ਨੌਕਰੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ: ()	16	ਤਲਾਕ ਬਾਅਦ ਦਾ ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਭੱਤਾ	\$
14	ਤੁਹਾਡੇ ਪਤੀ/ਪਤਨੀ (ਜਾਂ ਘਰ ਵਿਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਦੂਜੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ) ਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਮਿਲੀ ਰਕਮ, ਟੈਕਸ ਅਤੇ ਖਰਚੇ ਕੱਢਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ: \$ _____ ਇਸ ਆਮਦਨੀ ਵਿਚੋਂ ਕਿੰਨਾ ਪੈਸਾ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਰਾਹੀਂ ਹੈ? * \$ _____	17	ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਵਲੋਂ ਪੈਸੇ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ	\$
	*ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਤੀ/ਪਤਨੀ (ਜਾਂ ਘਰ ਵਿਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਦੂਜੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ) ਆਪਣਾ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਰਿਮਾਇਤਾਂ ਮਿਲ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-KIDS-NOW ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।	18	ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਭੱਤੇ	\$
		19	ਨਿਵੇਸ਼ ਤੋਂ ਆਮਦਨੀ/ਵਿਆਜ/ਡਿਵੀਡੈਂਡ	\$
		20	ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਦੇ ਭੱਤੇ	\$
		21	ਲੇਬਰ ਐਂਡ ਇੰਡਸਟਰੀਜ਼	\$
		22	ਮਿਲਟਰੀ ਅਲੋਟਮੈਂਟਾਂ	\$
		23	ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵੇਰਵਾ ਦਿਉ)	\$
		24	ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਕੀ ਉਹਨਾਂ ਵਿਚੋਂ ਕਿਸੇ ਦੇ ਪਿਛਲੇ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ ਅਵਧੀ ਦੇ ਅਜੇਹੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿਲਾਂ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਹਾਲਾਂ ਨਹੀਂ ਹੋਈ? ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>	
			ਜੇ 'ਹਾਂ' ਤਾਂ ਜਿਹੜੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪੁਨਰਵਿਚਾਰ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਸਾਰੇ ਕਟੌਤ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਭੇਜੋ।	

ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚਿਆਂ ਕੋਲ ਕੋਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਹੈ ਤਾਂ ਉਸ ਬਾਰੇ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ।

25 A	ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ ਕੀ ਉਹਨਾਂ ਵਿਚੋਂ ਕਿਸੇ ਕੋਲ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਹੈ? ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>	25 B	ਜੇ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਕੀ ਉਸ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਵਿਚ ਡਾਕਟਰ, ਹਸਪਤਾਲ, ਐਕਸ-ਰੇ (ਰੇਡੀਓਲੋਜੀ) ਅਤੇ ਲੈਬਰਟਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ? ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>	26 A	ਕੀ ਪਿਛਲੇ 8 ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਕੰਮ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਬੀਮੇ ਨਾਲ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਹੇ ਹਨ? ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>	26 B	ਜੇ 'ਹਾਂ', ਤਾਂ ਕੀ ਆਸ਼ਰਤਾਂ ਲਈ ਬੀਮੇ ਦੀ ਕਿਸਤ \$5 ਪ੍ਰਤੀ ਮਹੀਨਾ ਤੋਂ ਘੱਟ ਸੀ? ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/>
27	ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਉਪਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦੇ ਜਵਾਬ ਵਿਚ 'ਹਾਂ' ਤੇ ਸਹੀ ਕੀਤਾ ਹੈ (25 a ਜਾਂ b, ਜਾਂ, 26 a ਜਾਂ b), ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਂ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਂ ਲਿਖੋ:						
	ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਜਾਂ ਮਾਲਕ	ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ	ਪਾਲਿਸੀ ਹੋਲਡਰ ਦਾ ਨਾਂ	ਪਾਲਿਸੀ ਹੋਲਡਰ ਦਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (ਲਾਜ਼ਮੀ ਨਹੀਂ)			

ਬੱਚੇ ਦੀ ਨਸਲ/ਜਾਤੀ ਪਿਛੋਕੜ ਸੰਬੰਧਤ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਵਾਲੰਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ)

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲੋਂ ਵਾਲੰਟਰੀ ਤੌਰ ਤੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਨਸਲ ਜਾਂ ਜਾਤੀ ਪਿਛੋਕੜ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਉਪਰ ਵਿਚਾਰ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।	<input type="checkbox"/> ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਮੂਲ ਅਲਾਸਕਾ ਵਾਸੀ <input type="checkbox"/> ਹਵਾਈ ਜਾਂ ਸ਼ਾਂਤ ਮਹਾਸਾਗਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਟਾਪੂਆਂ ਦੇ ਮੂਲ ਵਾਸੀ	<input type="checkbox"/> ਏਸ਼ੀਅਨ <input type="checkbox"/> ਗੋਰਾ	<input type="checkbox"/> ਕਾਲਾ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕੀ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____	<input type="checkbox"/> ਹਿਸਪਾਨਿਕ ਜਾਂ ਲੈਟੀਨੋ
'ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਸੋਸ਼ਲ ਐਂਡ ਹੈਲਥ ਸਰਵਿਸਿਜ਼' ਦੁਆਰਾ ਉਸਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਜਾਂ ਸਰਗਰਮੀ ਵਿਚ ਵਿਤਕਰੇ ਤੇ ਪਾਬੰਦੀ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਅਤੇ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਵਿਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਮਤ, ਰਾਜਨੀਤਿਕ ਵਿਸ਼ਵਾਸ, ਮੂਲ ਦੇਸ਼, ਧਰਮ, ਉਮਰ, ਲਿੰਗ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਬਾਹਰ ਨਹੀਂ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।				

ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ

ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਕੇਵਲ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਭ ਲਈ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਨਕਦੀ ਭੱਤਾ, ਬੇਸਿਕ ਫੂਡ ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਲਾਭ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਮਿਲਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਜੇ ਕੋਈ ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਲੋਕਲ DSHS ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਆਫਿਸ (CSO) ਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

- ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ DSHS ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਮੰਗ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸਬੂਤ ਇੱਕਠਾ ਕਰਨ ਵਿਚ ਤੁਸੀਂ DSHS ਕੋਲੋਂ ਮਦਦ ਮੰਗ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦੂਜੀਆਂ ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਏਜੰਸੀਆਂ ਵੇਖ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ 'ਇਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਐਂਡ ਨੈਚੁਰਲਾਇਜ਼ੇਸ਼ਨ ਸਰਵਿਸ' (INS) ਨਾਲ ਸਾਂਝਿਆਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਲਾਭ ਮੰਗ ਕੇ ਅਤੇ ਲੈ ਕੇ ਤੁਸੀਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇਣ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤੀਜੇ ਪੱਖ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਅਦਾਇਗੀ ਦਾ ਹੱਕ ਦੇਂਦੇ ਹੋ।
- DSHS ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤਾ ਬਾਰੇ ਪਿਛੋਕੜ ਨੂੰ 'ਚਾਇਲਡ ਪ੍ਰੋਟੈਕਸ਼ਨ ਇਮਿਊਨਾਇਜ਼ੇਸ਼ਨ ਟ੍ਰੈਕਿੰਗ ਸਿਸਟਮ' ਨਾਲ ਸਾਂਝਿਆਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਘੋਸ਼ਣਾ ਪੱਤਰ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੈਂ ਪੜ੍ਹੂ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਈ ਹੈ। ਮੈਂ ਝੂਠੀ ਗਵਾਹੀ ਦੇਣ ਤੇ ਦੰਡ ਦੇ ਪ੍ਰਾਵਧਾਨ ਦੇ ਅੰਤਰਗਤ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿਚ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿੱਥੋਂ ਤਕ ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ, ਸੱਚੀ, ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਹੈ।	ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ X _____ ਤਾਰੀਖ
---	---

ਅਰਜ਼ੀ ਦਾਖਲ ਕਿਵੇਂ ਕਰੀਏ

ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜਣ ਦਾ ਪਤਾ: Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45449 Olympia, WA 98504-5449	ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਜਾਂ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮਨ ਵਿਚ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ: 1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669)
---	---